



14久保健第760号
平成15年2月12日

小郡三井医師会長 殿

福岡県久留米保健福祉環境事務所長
(福岡県久留米保健所)



今冬におけるインフルエンザの臨床経過中において脳炎・脳症を発症
した患者の発生動向調査について（依頼）

保健行政の推進につきましては、日頃より格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、今冬におけるインフルエンザの臨床経過中に発生した脳炎・脳症の実態を把握する
ため、標記調査の実施について、厚生労働省から別添写しのとおり依頼がありました。

つきましては、下記により実施しますので、業務御多忙中に恐縮ですが、貴会並びに貴会
会員の協力について特段のご配慮を賜りますようお願いいたします。

また、貴会会員への周知、協力要請等につきましても併せてよろしくお願いいたします。

記

1 報告について

(1)インフルエンザの臨床経過中において脳炎・脳症を発症した患者を診断あるいは検索
した医師は、最寄りの保健福祉環境事務所に対しFAXまたは電話で別紙様式により連
絡を行って頂きます。

(2)連絡を受けた保健福祉環境事務所は、速やかに健康対策課結核感染症係に連絡します。

(3)報告の対象とするインフルエンザは、下記のとおりです。

①臨床診断のみによるもの。

②臨床診断に加え、家族に既にインフルエンザウイルスの確定診断がなされている例
と疫学的な関連が考えられるもの。

③臨床診断に加え確定診断がついているもの。

※なお、インフルエンザの臨床診断とは、39.0度以上の発熱、呼吸器症状、頭痛を伴
って急激に発症するものとし、確定診断はウイルス分離あるいは抗原の直接的検出（
迅速診断キットを含む）があったものとする。

また、脳炎・脳症の診断は、発熱及び何らかの意識障害を伴うものとし、いわゆる
熱性痙攣は除くものとする。

2 調査期間について

平成15年1月1日から5月末日まで

なお、1月1日から本通知受領までの過去の期間については、遡って報告してください。

3 ご連絡いただいた症例について、後日さらに詳細な解析を目的とした二次アンケート調 査が医療機関に送付されます。

4 なお、以上の情報の収集および解析につきましては、患児およびご家族のプライバシー に十分配慮いただきますようお願いいたします。



別添

「 連絡票平成 1 5 年用 」

(インフルエンザ脳炎・脳症患者発生動向調査)

連絡先

久留米保健福祉環境事務所健康対策課感染症係

TEL 0942-30-1054

担当者 上村・溝口

FAX 0942-37-1973

医療機関記入欄

報告医療機関名

報告月日 平成 1 5 年 月 日

報告医の氏名

TEL

・患者の性別[男・女] ・患者の年齢 (歳 ヶ月)

○インフルエンザについて

・発症日 平成 年 月 日

・今冬にむけてのインフルエンザワクチン接種歴 [有・無]

・家族での類似症状発生の有・無 [有・無] (どちらかに○を付ける)

・診断について (該当番号及び該当項目に○を付けたうえ必要事項を記入)

1. 臨床診断のみによる場合

2. 臨床診断に加え検査で確定された例と疫学的に関連のある場合

3. 臨床診断に加え確定診断がついている場合

ウイルス分離:[Aソ連型、A香港型、B型]

抗体価HI: 倍→ 倍[Aソ連型、A香港型、B型]

迅速診断キット[A型] [B型] [A型もしくはB型]

○脳炎・脳症について

・その状況になった日あるいは入院日 平成 年 月 日

・その状況及び経過

・意識障害の持続時間 約 () 時間

・転帰 [1. 死亡 2. 回復(後遺症[有・無]) 3. 経過観察中]

(該当項目に○を付ける)

○転院の有無

・もし転院した時、その転院先

○解熱剤の使用状況について

・使用しなかった

・アセトアミノフェンを使用した

・その他の解熱剤を使用した 商品名

・不明

○抗インフルエンザ薬の使用について

・抗インフルエンザ薬を使用した

・抗インフルエンザ薬を使用しなかった

・不明

注：保健所記入欄は、原則として保健所において記入しますが、必要に応じて報告医に対し本連絡票をFAX等により送付し、記入して頂く場合があります。ご協力お願いします。



インフルエンザの臨床経過中において脳炎・脳症を発症した患者の
発生動向に関する研究班調査についての協力依頼

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

標記調査につきましては、インフルエンザ臨床経過中に発生した脳炎・脳症の発生数の概要把握と病態を解明する目的で、平成11年度より厚生科学研究（新興・再興感染症研究事業）において、関係機関の協力により行われ、継続されてきたところであります。

これまでの研究成果によりその疫学、臨床像及び病態等が解明されてきており、今後一層の研究成果に期待しているところであります。

つきましては、今シーズンも平成14年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「インフルエンザの臨床経過中に発生する脳炎・脳症の疫学及び病態に関する研究」（主任研究者：名古屋大学医学部保健学科 森島恒雄）研究班において行うこととなり、別紙のとおり依頼される旨、伺っております。

本調査の実施について小職にも協力依頼がありましたので、ご多用中、誠に恐縮ではありますが、関係者への周知等、本研究班へのご協力をお願い申し上げます。

関係各位

平成15年1月28日

厚生労働省健康局結核感染症課長
遠藤 弘良



(別 紙)

平成 15 年 1 月 27 日

各 都道府県
政 令 市 衛生主管部(局)長 殿
特 別 区

厚生労働省インフルエンザ脳炎・脳症研究班 班長
名古屋大学医学部保健学科 森島恒雄

今冬におけるインフルエンザの臨床経過中において脳炎・
脳症を発症した患者の発生動向調査についてのお願い

標記と同様の調査につきましては、平成 14 年 1 月から 5 月までの 5 ヶ月間にわたってご協力いただき、合計 118 例の確定例を報告いただきました。新興・再興感染症研究事業、インフルエンザ脳炎・脳症研究班(班長 森島恒雄)による解析の結果、平成 11 年及び 12 年の致命率が約 30%であったのに比べて、平成 14 年度は死亡率 16%(同平成 13 年度 14%)とやや改善の傾向が見られます。また、本症がインフルエンザ A・香港型の流行時に、より高頻度で発症することなども分かってきました。しかしながら、未だに 28%と多くの子どもが神経後遺症を残しています。サイトカインや血管内皮細胞の障害が本症の病態の上で重要な位置を占めることが明らかになりつつあり、これらに対する治療法が少しずつ進歩しているのが致命率の低下につながっているかもしれません。

従いまして、今後とも引き続きこの疾病に対する詳細な検討が必要であると認識した次第です。とくに本シーズンは、インフルエンザ脳症を起こす頻度が高い A・香港型の大きな流行が起きており、加えて、抗インフルエンザ薬の導入による本症の動向も重要な点です。

今冬におきましても、昨年と同様、インフルエンザの臨床経過中に脳炎・脳症を発症した患者の発生動向調査を実施することといたします。つきましては、貴管下の保健所及び地方衛生研究所並びに関係医療機関等のご協力が得られるよう、格別のお取り計らいをお願いいたします。また、後日、本発生動向調査につきまして、厚生労働省結核感染症課よりご協力のお願いが届くと思います。宜しくご高配の程お願い申し上げます。

記

今年度より、直接インフルエンザ脳炎・脳症研究班森島恒雄までご報告いただけるようお願いいたします。

1. 報告について

(1) インフルエンザの臨床経過中において脳炎・脳症を発症した患者を診断あるいは検索した医師は、最寄りの保健所に対し連絡いただくものとする。

(2) 連絡を受けた保健所は、別添「連絡票」の各項目を記入し、速やかに本庁所管課に連絡していただく。

(3) 連絡を受けた本庁所管課は、記入された「連絡票」をファックスにて、平成15年1月以降、速やかに名古屋大学医学部保健学科 森島宛送付するものとする。(ファックス番号：052-719-1921)

(4) 報告の対象とするインフルエンザは、①臨床診断のみによるもの、②臨床診断に加え、家族に既にインフルエンザウイルスの確定診断がなされている例と疫学的な関連が考えられるもの、③臨床診断に加え確定診断がついているもの、とする。

なお、インフルエンザの臨床診断とは、39.0度以上の発熱、呼吸器症状、頭痛を伴って急激に発症するものとし、確定診断はウイルス分離あるいは抗原の直接的検出(迅速診断キットを含む)があったものとする。

また、脳炎・脳症の診断は、発熱及び何らかの意識障害を伴うものとし、いわゆる熱性痙攣は除くものとする。

2. 調査期間について

平成15年1月1日から5月末日まで

3. ご連絡いただいた症例につきまして、後日さらに詳細な解析を目的とした二次アンケート調査を医療機関に送付したいと考えております。

4. 以上の情報の収集および解析、結果の発表につきましては、患児およびご家族のプライバシーについて、十分な配慮を行っていく。

「 連 絡 票 平成 15 年用 」

(インフルエンザ脳炎・脳症患者発生動向調査)

FAX送付先：名古屋大学医学部保健学科 森島恒雄 052-719-1921

都道府県等記入欄

都道府県名_____ 担当者氏名_____

報告番号_____

保健所記入欄

報告保健所名_____ 担当者氏名_____

報告医の所属_____ 氏名_____

・患者の性別 [男・女] ・患者の年齢 (歳 ヶ月)

○ インフルエンザについて

・発 症 日 平成 年 月 日

・今冬にむけてのインフルエンザワクチン接種歴 [有・無]

・家族での類似症状発生の有・無 [有・無] (どちらかに○を付ける)

・診断について (該当番号及び該当項目に○を付けたうえ必要事項を記入)

1. 臨床診断のみによる場合

2. 臨床診断に加え検査で確定された例と疫学的に関連のある場合

3. 臨床診断に加え確定診断がついている場合

ウイルス分離：[A ソ連型、A 香港型、B 型]

抗体価 HI：_____倍→_____倍 [A ソ連型、A 香港型、B 型]

迅速診断キット [A 型] [B 型] [A 型もしくはB 型]

○ 脳炎・脳症について

・その状況になった日あるいは入院日 平成 年 月 日

・その状況及び経過

・意識障害の持続時間 約 () 時間

・転帰 [1. 死亡 2. 回復 (後遺症 [有・無]) 3. 経過観察中]

(該当項目に○を付ける)

○ 転院の有無

・もし転院した時、その転院先_____

○ 解熱剤の使用状況について

・使用しなかった

・アセトアミノフェンを使用した

・その他の解熱剤を使用した 商品名_____

・不明

○ 抗インフルエンザ薬の使用について

・抗インフルエンザ薬を使用した

・抗インフルエンザ薬を使用しなかった

・不明

注：保健所記入欄は、原則として保健所において記入していただきますが、必要に応じて報告医に対し本連絡票をFAX等により送付し、記入して頂く場合があります。ご協力をお願いします。

厚生労働省インフルエンザ脳炎・脳症研究班